

UNIVERSITE PAUL SABATIER
TOULOUSE
Faculté de Médecine

Année Universitaire 74-75

Thèse N° 240

THESE

POUR LE DOCTORAT D'ETAT
EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

en Mars 1975

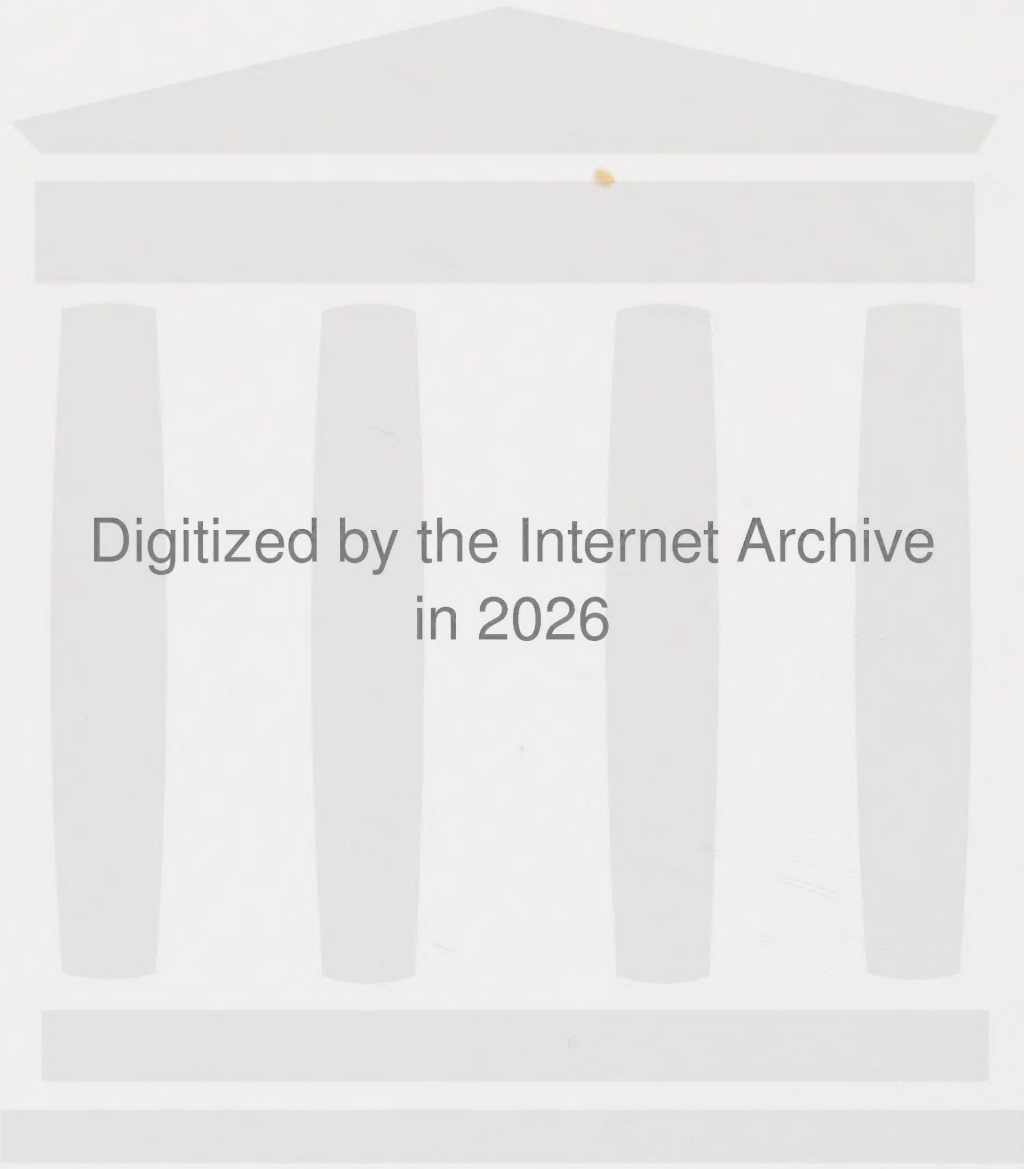
Hervé ATHLAN

CANCERS DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

(A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS)

JURY

MM.	MONROZIES	Président
	POULHES	Assesseur
	RUMEAU	Assesseur
	COMBES	Assesseur
	PONTONNIER	Suppléant



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546616_0013

UNIVERSITE PAUL SABATIER
TOULOUSE
Faculté de Médecine

Année Universitaire 74-75

Thèse N° 240

THESE

POUR LE DOCTORAT D'ETAT
EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

en Mars 1975

Hervé ATHLAN

CANCERS DE L'OVAIRE ET GROSSESSE

(A PROPOS DE 2 OBSERVATIONS)

JURY

MM.	MONROZIES	Président
	POULHES	Assesseur
	RUMEAU	Assesseur
	COMBES	Assesseur
	PONTONNIER	Suppléant



UNIVERSITE PAUL SABATIER

118, Route de Narbonne - 31077 TOULOUSE CEDEX

Président de l'Université	M. LARENG
1er Vice-Président	M. MATHIS
2ème Vice-Président	M. MARTIN
3ème Vice-Président Etudiant	M. DASSIER
Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU

TABLEAU DU PERSONNEL DES FACULTES DE MEDECINE GROUPEES DANS L'UNIVERSITE PAUL SABATIER

HONORARIAT

Doyen honoraire
Doyen honoraire
Doyen honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALVET
M. BRUSTIER
M. LAZORTHES
M. VALLOIS
M. TAPIE
M. DELAS
M. RISER
M. BUGNARD
M. VINCENT
M. MOREL
M. BOUISSET

Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire
Professeur honoraire

M. CALMETTES
M. THOMAS
M. LAGROT
M. DESFORGES-MERIEL
M. FABRE P.
M. JAHIER
M. SENDRAIL
M. PONS
M. SOREL
M. PLANQUES
M. MARQUES

FACULTE DE MEDECINE DE PURPAN

Doyen : M. BOLLINELLI

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARMENGAUD	Clinique des Maladies Infectieuses
M. AUVERGNAT	Biophysique Médicale A
M. BAZEX	Clinique des Maladies Cutanées et Syphilitiques
M. BASTIDE	Anatomie
M. BEC	Ophtalmologie
M. BESSOU	Physiologie
M. BOULARD	Pathologie Générale et Médecine Expérimentale
M. BROUSSY J.	Embryologie Générale
M. DALOUS	Clinique Médicale Infantile A
M. DAMBRIN	Pathologie Chirurgicale
M. DARDENNE	Clinique Médicale et Cardiologique
M. DELAUDE	Clinique de Pneumo-physiologie
M. DENARD	Hydrologie Thérapeutique et Climatologie
M. DUCOS	Immunologie
M. ESPAGNO J.	Neuro-Chirurgie
M. FABRE J.	Anatomie Pathologique
M. GADRAT	Clinique Médicale Sud
M. GAYRAL	Psychiatrie d'Adultes
M. GREZES-RUEFF	Médecine Légale et Médecine du Travail
M. GRIMAUD	Clinique Chirurgicale et du Cancer

FACULTE DE MEDECINE DE RANGUEIL

Doyen : M. ENJALBERT

PROFESSEURS TITULAIRES

M. ARLET	Rhumatologie
M. BAISET	Physiologie Appliquée et Pharmacologie
M. BIERME	Hématologie
M. BIMES	Histologie
M. BOUISSOU	Anatomie Pathologique
M. BRU	Biophysique Médicale B
M. CADENAT	Clinique Stomatologique et Chirurgie Maxillo-faciale
M. CALAZEL	Cardiologie Clinique et Expérimentale
M. CLAUX	Clinique O.R.L. et Chirurgie Maxillo-faciale
M. DARNAUD	Thérapeutique
M. DEODATI	Clinique Ophtalmologique
M. DOUSTE-BLAZY	Biochimie Médicale
M. DUPRE	Dermato-Vénérologie
Mme ENJALBERT	Bactériologie et Virologie
M. ENJALBERT	Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire
M. FICAT	Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologie
M. GEDEON	Clinique Chirurgicale
M. GERAUD	Clinique Neurologique et Psychiatrique
M. GUILHEM	Histologie
M. JUSKIEWENSKI	Anatomie Appliquée

M. LAPORTE J. M. LARENG M. MONNIER M. MONROZIES M. MONTASTRUC M. PASQUIE M. PLANEL M. RASCOL M. REGNIER M. RIBAUT M. RUFFIE R. M. VALDIGUIE P.	Sémiologie et Clinique Médicale Anesthésie et Réanimation Hygiène et Médecine Sociale Accouchement et Obstétricie Sociale Physiologie Appliquée et Pharmacologie Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie Biologie Médicale Neurologie Clinique Médicale Infantile B Pathologie Médicale Clinique Rhumatologique Biochimie Médicale	M. LAZORTHES G. M. LE TALLEC M. LHEZ M. MIGUERES M. PONTONNIER A. M. POULHES M. ROULLEAU	Clinique de Neuro-chirurgie Médecine Interne Cliniques des Maladies des Voies Urinaires Pneumo-Phtisiologie Clinique Obstétricale Clinique Chirurgicale A et Gynécologie Electro-radiologie
PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.) MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)		PROFESSEURS SANS CHAIRE (P.S.C.) MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (M.C.A.)	
M. ALBAREDE (M.C.A.) M. ARBUS (M.C.A.) M. BARTHE (M.C.A.) M. BESOMBES (M.C.A.) M. BOLLINELLI (P.S.C.) M. CATHALA (M.C.A.) M. COLOMBIES (M.C.A.) M. COMBELLES (M.C.A.) M. COMBES (P.S.C.) M. CONTE (M.C.A.) M. COSTAGLIOLA (P.S.C.) M. ESCHAPASSE (P.S.C.) M. ESTRADE (P.S.C.) M. FABRE Jean (P.S.C.) M. FEDOU (P.S.C.) M. FOURNIE A. (M.C.A.) M. GAILLARD (M.C.A.) M. GALINIER (M.C.A.) M. GAY (M.C.A.) M. GHISOLFI (M.C.A.) M. GUIRAUD R. (P.S.C.) M. GUIRAUD-CHAUMEIL B. (M.C.A.) M. LACOMME (M.C.A.) Mme LARENG (P.S.C.) M. LARROUY (P.S.C.) M. LAZORTHES F. (M.C.A.) M. PAGES (P.S.C.) M. PASCAL (M.C.A.) M. PONTONNIER F. (MCA) M. PUTOIS (M.C.A.) M. SALVADOR (M.C.A.) M. SOLEILHAVOUP (M.C.A.) M. UTHEZA (P.S.C.)	Pneumo-Phtisiologie Médecine Légale et Toxicologie Pédiatrie Physiologie Pneumo-Phtisiologie Anesthésiologie Hématologie Anatomie et Organogénèse Radiologie Néphrologie Chirurgie Générale Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Cancérologie Anatomie Pathologique Médecine Interne Rhumatologie Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Médecine Interne Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique Pédiatrie Biophysique Neurologie O.R.L. Bactériologie - Virologie Parasitologie Chirurgie Générale Physiologie Hépto-gastro Entérologie Urologie Radiologie Thérapeutique Réanimation - Rééducation Fonctionnelle et Hydrologie Histologie, Embryologie, Cytogénétique Orthopédie, Traumatologie et Chirurgie Plastique	M. BAYARD (M.C.A.) M. BECUE (M.C.A.) M. BERNADET (M.C.A.) M. BES (P.S.C.) M. BOUNHOURE (M.C.A.) M. CARTON (M.C.A.) Mme DIDIER (M.C.A.) M. ESCAT (P.S.C.) M. FABIE (M.C.A.) M. GAUBERT (P.S.C.) M. GERAL (P.S.C.) M. GOUZI (M.C.A.) M. JOVER (M.C.A.) M. LAZORTHES Y. (MCA) M. MANELFE (M.C.A.) M. MORON (M.C.A.) M. PONTONNIER G. (MCA) M. PUEL (M.C.A.) M. PUJOL (M.C.A.) M. REGIS (M.C.A.) M. RIBET (P.S.C.) M. ROCCHICOLI (M.C.A.) M. RUMEAU (M.C.A.) M. SARRAZIN (P.S.C.) M. SEGUELA (M.C.A.) M. SUC (P.S.C.) M. VALDIGUIER (P.S.C.) M. VIRENQUE (M.C.A.)	Endocrinologie Anatomie et Organogénèse Cardiologie Neurologie Cardiologie Cancérologie Bactériologie, Virologie Chirurgie Générale Stomatologie Chirurgie Infantile Physiologie Chirurgie Générale Pneumo-Phtisiologie Neuro-chirurgie Radiologie Psychiatrie Infantile Gynécologie, Obstétrique Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire Médecine du Travail Biophysique Hépto-gastro Entérologie Pédiatrie Anatomie Pathologique Chirurgie Générale Parasitologie Néphrologie Biochimie Anesthésiologie
AGREGES LIBRES		AGREGES LIBRES	
M. GLEIZES M. SOUQUET	Pathologie Expérimentale Chirurgie Générale	M. ESPAGNO G.	Obstétrique

Liste arrêtée le 1er Décembre 1974

JE DEDIE CETTE THESE

A MES PARENTS

En témoignage de mon immense affection et
de mon profond dévouement.

A MES SOEURS

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur MONROZIES
Professeur d'accouchement et obstétricie sociale,
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux.

Votre érudition, votre sens clinique, votre souci d'objectivité, la compréhension que vous témoignez à chacune de vos malades ont suscité notre admiration, comme celle de tous ceux qui vous approchent.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre gratitude pour votre accueil bienveillant.

Nous vous remercions infiniment de nous avoir fait l'honneur de présider à notre jury de thèse et vous prions d'accepter notre reconnaissance en témoignage de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur J. POULHES
Professeur de Clinique chirurgicale et
gynécologique
Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a fait le grand honneur de siéger à ce jury.

Nous le remercions pour l'enseignement et les précieux
conseils qu'il nous a prodigués.

Soyez assuré de notre profond attachement.

A Monsieur le Professeur P. COMBES
Professeur de radiologie
Radiologiste des Hôpitaux
Directeur du Centre Claude REGAUD

Nous vous sommes reconnaissant d'avoir bien voulu
siéger à notre jury.

Nous gardons de votre enseignement le plus grand
bienfait et le meilleur souvenir.

Veillez trouver ici l'expression de notre très
respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur J. -L. RUMEAU

Maître de conférence agrégé d'anatomie-pathologie
Biologiste des Hôpitaux

Vous nous avez amicalement conseillé et encouragé
dans la réalisation de ce travail.

Puissiez-vous trouver ici l'expression de nos
sincères remerciements et l'assurance de notre
attachement.

A Monsieur le Professeur G. PONTONNIER

Maître de conférence agrégé de gynécologie et
obstétrique
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux.

Nous sommes très honorés de vous compter
parmi nos juges.

Permettez-nous de vous faire part de notre
sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur A. FOURNIE

Chef de Clinique de gynécologie obstétrique
Assistant des Hôpitaux.

Vous avez bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse. Nous vous exprimons ici toute notre infinie reconnaissance pour nous avoir permis de mener à bien ce travail et pour l'aimable accueil que vous nous avez toujours réservé.

Permettez-nous de vous adresser nos plus vifs et sincères remerciements.

P L A N

- I - INTRODUCTION
- I I - RAPPEL DE L'ANATOMIE DE L'UTERUS ET DE L'OVAIRE
GRAVIDES
- I I I - CLASSIFICATION ANATOMO-PATHOLOGIQUE DES CANCERS
DE L'OVAIRE
- I V - DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'OVAIRE
- V - RELEVÉ DES CAS DE LA LITTÉRATURE
- V I - OBSERVATIONS PERSONNELLES
- V I I - CONCLUSION
- V I I I - BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le cancer de l'ovaire est, de nos jours, le seul dont la fréquence augmente régulièrement. Des statistiques récentes affirment que 18 % des cancers de la femme sont des cancers ovariens.

Le cancer primitif de l'ovaire coexistant avec une grossesse a une fréquence beaucoup plus basse : 2,2 à 5 % des cancers de l'ovaire.

Notre étude va consister en une revue des cas de la littérature, agrémentée de deux observations personnelles relevées dans les services de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de La Grave (Pr. MONROZIES et Pr. G. PONTONNIER).

Avant d'exposer ces observations, nous ferons un rappel de :

- l'anatomie de l'utérus et de l'ovaire gravides ;
- la classification anatomo-pathologique des tumeurs de l'ovaire ;
- des problèmes diagnostiques que posent ces tumeurs au cours de la grossesse.

* * *

I - RAPPEL DE L'ANATOMIE DE L'UTERUS ET DE L'OVAIRE GRAVIDE

Les modifications gravidiques de l'anatomie de l'utérus et de l'ovaire permettent de comprendre la difficulté du diagnostic d'une tumeur abdominale lors de la grossesse.

En effet, l'utérus, pelvien à l'état de vacuité, devient abdominal au cours de la gestation.

- Pendant les deux premiers mois l'utérus, tout en augmentant de volume, reste dans le petit bassin : il est pelvien.

- A la fin du 2^e mois, son fond déborde le bord supérieur du pubis.

- A la fin du 3^e mois, son fond est à 8 cm du bord supérieur du pubis. Il est devenu abdominal.

- A partir de ce stade, le fond utérin s'éloigne chaque mois du pubis de 4 cm environ :

 - ° à 4 mois 1/2 il en est distant de 14 cm ;

 - ° à 6 mois, " " 20 cm ;

 - ° à terme, de 32 cm. L'utérus sera alors abdomino-thoracique.

Sa longueur augmente aussi ; de 6 à 8 cm à l'état de vacuité, elle passe :

- à la fin du 3^e mois , à 10 ou 13 cm ;

- à la fin du 6^e mois, à 17 ou 18 cm ;

- à terme , à 31 cm en moyenne.

Sa largeur atteint 23 cm à terme.

Sa forme ovoïde à grosse extrémité supérieure n'est pas toujours régulière, surtout en fin de grossesse : sa forme dépend de la parité et de la présentation.

Sa consistance, classiquement comparée à celle d'une figue mûre, est élastique et souple. Au cours du palper, il arrive qu'une contraction la durcisse, ce qui signe l'état de gravidité de l'utérus.

Ce dernier, au cours de sa migration abdominale, est accompagné par l'ovaire qui ne reprendra sa place que 20 jours après l'accouchement.

L'ovaire, glande génitale femelle pesant environ 6 à 8 grammes et mesurant 1 x 2 x 4 cm, voit sa taille et son poids augmenter au cours de la gestation.

Sa consistance en fin de grossesse est plus rénitente ; sa couleur reste blanchâtre alors que le hile est violacé.

Le déplacement vers le haut de la glande a pour effet d'entraîner un allongement des ligaments lombo-ovariens et tubo-ovariens. Seul le ligament utéro-ovarien augmente peu de longueur.

Une tumeur ovarienne se développant au cours de la grossesse le fera par conséquent dans la cavité abdominale. Le diagnostic de tumeur ovarienne deviendra donc plus difficile au fur et à mesure de l'évolution vers le terme.

Par ailleurs, du fait de la grossesse, l'ovaire subit des modifications morphologiques pseudo-tumérales : corps jaune de grossesse, kyste lutéinique de certaines grossesses hyper-hormonales normales ou pathologiques (môle hydatiforme).

Si l'examen radiologique est de peu d'utilité et même parfois contre-indiqué, l'échographie vient apporter des éléments précieux au diagnostic.

La coelioscopie est parfois possible en début de grossesse, mais très vite la laparatomie sera l'ultime recours diagnostique.

La plus grande valeur sera donnée aux signes fonctionnels généraux et physiques pour décider de l'intervention.

II - CLASSIFICATIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES CANCERS DE L'OVAIRE

La grande difficulté dans l'interprétation des tumeurs de l'ovaire réside dans l'appréciation du degré de malignité. Certaines tumeurs d'aspect parfaitement bénin se révèlent être des cancers et d'autres, histologiquement néoplasiques, ont un pronostic parfois favorable.

Ainsi apparaît-il difficile de proposer une classification tranchant absolument le problème du bénin et du malin.

Plus de 75 classifications des tumeurs de l'ovaire ont été publiées au cours des quatre dernières décennies. Aucune ne s'est imposée. C'est dire la difficulté de faire un choix.

Il serait apparemment plus logique d'utiliser la classification d'ABELL, proposée en 1966 (1), proche de celle de SERMENT (48), qui range les tumeurs ovariennes bénignes et malignes en quatre grands groupes selon la cellule primitive d'où les tumeurs seraient issues.

Mais en 1973, l'O.M.S. (41) dans un but de normalisation a édifié une classification basée sur la description histologique, sans chercher à connaître l'origine tumorale.

Les tumeurs ovariennes peuvent en effet être constituées de plusieurs éléments dont un seul peut métastasier. Il est donc nécessaire pour préciser l'origine tumorale d'examiner la masse ovarienne dans son ensemble. Bien entendu, le pronostic clinique dépend de l'élément le plus malin rencontré dans le néoplasme.

Nous allons donc présenter ces deux classifications et nous les étudierons comparativement.

A / Classification des tumeurs de l'ovaire selon l'O.M.S.

I. TUMEURS "EPITHELIALES" COMMUNES

A. - TUMEURS SEREUSES.

1 - Bénignes

- a) cystadénome et cystadénome papillaire
- b) papillome de surface
- c) adénofibrome et cystadénofibromes

2 - A la limite de la malignité (carcinomes de faible potentiel de malignité)

- a) cystadénome et cystadénome papillaire
- b) papillome de surface
- c) adénofibrome et cystadénofibrome

3 - Malignes

- a) adénocarcinome, adénocarcinome papillaire et cystadénocarcinome papillaire
- b) carcinome papillaire de surface
- c) adénofibrome et cystadénofibrome malins

B. - TUMEURS MUCINEUSES.

1 - Bénignes

- a) cystadénome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome

2 - A la limite de la malignité (carcinome de faible potentiel de malignité)

- a) cystadénome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome

3 - Malignes

- a) adénocarcinome et cystadénocarcinome
- b) adénofibrome et cystadénofibrome malins

C. - TUMEURS ENDOMETRIOIDES.

- 1 - Bénignes
 - a) adénome et cystadénome
 - b) adénofibrome et cystadénofibrome
- 2 - A la limite de la malignité (carcinome de faible potentiel de malignité)
 - a) adénome et cystadénome
 - b) adénofibrome et cystadénofibrome
- 3 - Malignes
 - a) carcinome
 - (i) adénocarcinome
 - (ii) adénocanthome
 - (iii) adénofibrome malin et cystadénofibrome malin
 - b) sarcomes endométrioïdes du type stromal
 - c) tumeurs mixtes mésodermiques (mülleriennes) homologues et hétérologues

D. - TUMEURS A CELLULES CLAIRES (MESONEPHROIDES).

- 1 - Bénignes : adénofibrome
- 2 - A la limite de la malignité (carcinome de faible potentiel de malignité)
- 3 - Malignes : carcinome et adénocarcinome

E. - TUMEURS DE BRENNER.

- 1 - Bénignes
- 2 - A la limite de la malignité
- 3 - Malignes

F. - TUMEURS MIXTES EPITHELIALES.

- 1 - Bénignes
- 2 - A la limite de la malignité
- 3 - Malignes

G. - CARCINOMES INDIFFERENCIES.

H. - TUMEURS EPITHELIALES NON CLASSEES.

II. TUMEURS DU MESENCHYME DES "CORDONS SEXUELS"

A. - TUMEURS A CELLULES DE LA GRANULOSA ET STROMALES.

1 - Tumeur à cellules de la granulosa

2 - Tumeurs du groupe fibro-thécal

a) thécome

b) fibrome

c) non classées

B. - ANDROBLASTOME - TUMEURS A CELLULES DE SERTOLI ET LEYDIG.

1 - Tumeurs bien différenciées

a) androblastome tubulaire, tumeur à cellules de Sertoli (adéno-tubulé de Pick)

b) androblastome tubulaire, à cellules lipidiques, tumeur à cellules de Sertoli lipidiques (folliculome lipidique de Lecène)

c) tumeur à cellules de Leydig ; tumeur à cellule du hile.

2 - A différenciation intermédiaire

3 - Peu différenciées (sarcomatoïdes)

4 - Avec éléments hétérologues

C. - GYNANDROBLASTOME.

D. - NON CLASSEES.

III. TUMEUR A CELLULES LIPIDIQUES (Lipoïdiques)

IV. TUMEURS DES CELLULES GERMINALES

A. - DYSGERMINOME.

B. - TUMEUR DU SINUS ENDODERMIQUE.

C. - CARCINOME EMBRYONNAIRE.

D. - POLYEMBRYOME.

E. - CHORIOCARCINOME.

F. - TERATOMES.

1 - Immature

2 - Mature

a) solide

b) kystique

(i) kyste dermoïde

(ii) kyste dermoïde avec transformation maligne

3 - Monodermiques et hautement spécialisés

a) goître ovarien (struma ovarii)

b) carcinoïde

c) goître ovarien et carcinoïde

d) autres

G. - FORMES MIXTES.

V. GONADOBLASTOME

A. - PUR.

B. - ASSOCIE AVEC UN DYSGERMINOME OU D'AUTRES FORMES DE TUMEUR DES CELLULES GERMINALES.

VI. TUMEURS DES TISSUS MOUS NON SPECIFIQUES

VII. TUMEURS NON CLASSEES

VIII. TUMEURS SECONDAIRES (METASTATIQUES)

IX. LESIONS PSEUDO-TUMORALES

- A. - LUTEOME DE LA GROSSESSE.
- B. - HYPERPLASIE DU STROMA OVARIEN ET HYPERTHECOSE.
- C. - OEDEME MASSIF.
- D. - KYSTE FOLLICULAIRE SOLITAIRE ET KYSTE DU CORPS JAUNE.
- E. - KYSTES FOLLICULAIRES MULTIPLES (ovaires polykystiques).
- F. - FOLLICULES KYSTIQUES LUTINISES ET/OU CORPS JAUNES
- G. - ENDOMETRIOSE.
- H. - KYSTES PAR INCLUSION DE L'EPITHELIUM DE SURFACE
(kystes germinatifs par invagination).
- I. - KYSTES SIMPLES.
- J. - LESIONS INFLAMMATOIRES.
- K. - KYSTES PAROVARIENS.

B / Classification des tumeurs selon ABELL

I. NEOPLASM OF CELOMIC (Germinal) EPITHELIUM AND ITS

DERIVATIVES

7 Tumeurs du revêtement ovarien ; épithélium
colimique (germinal) et ses dérivés 7

II - NEOPLASMS OF GERM CELL ORIGIN [Tumeurs germinales]

III - NEOPLASMS OF SPECIALIZED GONADAL STROMA (sex cords and mesenchyme)

/ Tumeurs à stroma spécialisé (cordons sexuels et mésenchyme

IV - NEOPLASMS OF NON SPECIALIZED STROMA AND HETERO- TOPIC ELEMENTS

[Tumeurs à stroma non spécialisé et éléments hétérotypiques]

I - NEOPLASMS OF CELOMIC (germinal) EPITHELIUM AND ITS
DERIVATIVES

1. Serous (tubal cell) type / type séreux (cellules tubaires) /

- Cystadenoma (cystadénome)
- Papilloma (papillome) , Papillary (carcinome papillaire)
- Cystadenofibroma (cystadénofibrome) , Cystadenocarcinoma (cystadeno-
carcinome)
- Adenofibroma (adénofibrome)

2. Mucinous (cervical cell) type / types mucineux (cellules cervi-
cales) /

- Cystadenoma (cystadénome) , Cystadenocarcinoma
(cystadénocarcinome)
- Adenofibroma (adénofibrome)

3. Endometrioid (endometrial cell) type / types endometrioides
(cellules endométriales) /

- Cystadenoma (cystadénome) - Cystadenocarcinoma (cystadénocarcinome)
Acanthoadenocarcinoma (carcinome
acanthoïde)

4. Brenner tumours / Tumeurs de Brenner /

5. Mixed and unclassified cell types / Tumeurs mélangées (mixtes)
et non classées /

- Cystadenoma (cystadénome) , Cystadénocarcinoma (cystadénocarcinome)

II - NEOPLASMS OF GERM CELL ORIGIN

1. Germinoma (dysgerminoma, seminoma ovarii, gonocytoma I)
/Germinome (dysgerminome, seminome ovarien, gonocytome I)/
2. Embryonal teratoma (embryonal carcinoma)
/teratome ou carcinome embryonnaires/
3. Partially differentiated teratoma (malignant teratome, solid teratoma)
/teratome partiellement différencié (teratome malin et solide)/
4. Mature teratoma (benign cystic teratoma, benign solid teratoma, dermoid cysts)
/teratome mature (tératome kystique bénin, tératome bénin solide, kyste dermoïde)/
5. Mixed germ cell neoplasms (teratocarcinoma)
/tumeurs germinales mixtes (teratocarcinome)/

Teratomatous choriocarcinoma (choriocarcinome teratomateux)
6. Carcinoma or sarcoma arising in a mature teratoma
/carcinome ou sarcome apparaissant dans un tératome mature/

III - NEOPLASMS OF SPECIALIZED GONADAL STROMA (sex cords and mesenchyme)

1. Granulosa-thecal cell group /groupe des tumeurs granulo-thécales/

Granulosa cell tumour (folliculoma)
(tumeurs de la granulosa (folliculome))

Thecal cell tumour (thecoma)
(tumeurs à cellules thécales (thécome))

Granulosa thecal cell tumour (thecogranulosa tumour)
(tumeur à cellules granulo-thécales)
2. Sertoli-Leydig cell group /Tumeurs à cellules de Sertoli-Leydig/

Sertoli cell tumour (folliculoma lipidic)
(tumeur de Sertoli (folliculome lipidique))

Leydig cell tumour (hilus cell tumour)
(tumeur de Leydig (tumeur à cellules du hile))

Arrhenoblastoma (Sertoli-Leydig cell tumour)
(arrhénoblastome (tumeur de Sertoli-Leydig))

3. Luteomas /lutéomes/

4. Gynandroblastoma /gynandroblastome/

IV - NEOPLASMS OF NON SPECIALIZED STROMA AND HETEROTOPIC ELEMENTS

1. Fibroma /fibrome/ , Fibrosarcoma /fibrosarcome/

2. Leiomyoma /leiomyome/ , Leiomyosarcoma /leiomyosarcome/

3. Angioma /angiome/ , Angiosarcoma /angiosarcome/

4. Adrenal cortical adenoma , Adrenal cortical carcinoma
/adénome surrénalien/ /carcinome surrénalien/

5. Mesonephric cystadenoma , Mesonephric carcinoma
/mésonephrome/ /carcinome mesonephroïde/

6. Lymphoblastoma /lymphoblastome/

C / Commentaires

La classification de l'O.M.S. devant être, dans l'avenir, utilisée de préférence, nous allons en nous référant à elle commenter celle de ABELL.

Dans le premier chapitre concernant les tumeurs épithéliales communes, la concordance est grande, mis à part le paragraphe des tumeurs à cellules claires.

ABELL les range avec les tumeurs de Brenner. Ce en quoi il a raison : les aspects architecturaux sont très comparables ; pourtant, il admet que la cytologie n'est pas tout à fait identique. Il ne mentionne pas les carcinomes indifférenciés dans ce chapitre.

Dans le deuxième chapitre les deux classifications sont identiques. Mais l'un et l'autre, pour conserver à cette place le

gynandroblastome, doivent considérer ce dernier comme une tumeur qui n'est pas proprement ovarienne du fait de la présence de cellules de Sertoli.

ABELL place ici le lutéome qu'il considère comme une tumeur, mais la question est de savoir si ce lutéome est bien assimilable à celui de la grossesse, ou doit-on le considérer comme une tumeur lorsqu'il apparaît en dehors de la vie génitale ?

L'O.M.S. différencie un chapitre (le 3ème) qui n'existe pas chez ABELL.

Dans le point 5 du tableau IV d'ABELL, nous retrouvons les sous-chapitres E et G du IV de l'O.M.S. Ces différences notées, leur étude des tumeurs des cellules germinales est identique.

Le chapitre V de l'O.M.S. n'existe pas chez ABELL.

Le chapitre VI de l'O.M.S. est cité chez ABELL.

ABELL a été obligé de dissocier les rubriques du chapitre VII de l'O.M.S. puisqu'il partait de l'histogénèse pour établir sa classification . Il en est de même pour le chapitre VIII.

Enfin, l'O.M.S. rejoint ABELL dans le chapitre IX, excepté pour le lutéome de la grossesse.

* * *

III - DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE L'OVAIRE

A / Les signes d'appel et la démarche diagnostique en l'absence de grossesse.

Rien n'attire l'attention sur un ovaire tumoral tant que son volume n'entraîne pas de modifications physiques importantes ou de signes de compression tels que : douleurs ou œdèmes. Seules les tumeurs à retentissement endocrinien peuvent alerter précocement le médecin.

Au moment où une tumeur ovarienne est reconnue, plusieurs signes fonctionnels dont aucun n'est pathognomonique sont associés.

Nous allons étudier chacun de ces signes, en citant la fréquence relative de chacun d'eux (GELLE - 18).

1° Les douleurs abdominales ou pelviennes

Elles sont les manifestations le plus fréquemment retrouvées (57 à 80 %). Elles sont souvent le premier signe, ce qui suppose que la tumeur est volumineuse et entraîne une compression mécanique ou une diffusion métastatique. Le pronostic ne peut être que très mauvais.

2° L'augmentation du volume de l'abdomen

Si le diagnostic est fait dans ce cas, le pronostic n'est guère meilleur que précédemment. La fréquence varie de 35 à 75 %

3° L'ascite

Elle apparaît dans 25 à 30 % des cas ; elle est d'un mauvais présage, même si sa présence ne suffit pas pour affirmer la malignité ou la diffusion métastatique.

4° Les troubles des règles

Ils sont présents dans 10 à 34 % des cas. Tous les troubles peuvent s'observer, de l'aménorrhée aux métrorragies.

5° Les troubles intestinaux

Presque toujours il s'agit d'une constipation progressivement accrue. Ces troubles existent chez 16 à 35 % des malades. Rarement ce dérangement intestinal est à type de diarrhée ou de fréquence accrue des selles. Dans 4 % des cas une occlusion intestinale révèle la tumeur.

6° Les troubles urinaires

Ils sont plus rares (15 à 20 %) ; il s'agit de pollakiurie ou de rétention d'urine.

7° L'altération de l'état général

L'amaigrissement est souvent noté, mais ce n'est pas un signe de diagnostic à proprement parler.

8° Le syndrome féminisant

De diagnostic facile lors d'une puberté précoce, ce syndrome est moins évident devant certaines métrorragies post-ménopausiques. Il devient très difficile à reconnaître chez une femme en période d'activité génitale.

9° Le syndrome masculinisant

Le tableau est plus évocateur et le dosage des androgènes plasmatiques ou de leurs dérivés urinaires confirme le diagnostic.

10° Complications

C'est parfois devant une complication qu'il faut penser à la possibilité d'une tumeur de l'ovaire.

Elle peut être aiguë, liée à une torsion, à une infection ou à une rupture de la tumeur ovarienne. Il se pose alors le problème de l'étiologie d'un syndrome abdominal aigu.

Elle peut être subaiguë : crise de torsion, rupture à bas bruit ou infection.

11° Enfin, la tumeur peut être latente et sa découverte entre dans le cadre d'un examen général, d'une consultation prénatale ou d'une consultation pour stérilité.

L'examen gynécologique doit, devant de tels signes d'appel, être rigoureux :

- l'interrogatoire précise le passé de la malade et l'évolution des troubles.
- L'examen abdominal et gynécologique permet de définir les caractères de la tumeur, son unilatéralité ou sa bilatéralité, de rechercher une ascite.

Des examens complémentaires affinent les données de l'examen clinique :

- hystéro-salpingographie
- pelvigraphie gazeuse
- coelioscopie
- cytologie d'un liquide péritonéal ou pleural
- dosages hormonaux s'il existe un syndrome endocrinien
- examen permettant d'apprécier l'extension : U.I.V., lavement barité, etc.

L'échographie enfin doit être faite systématiquement : l'échographie ultra-sonique bidimensionnelle permet d'effectuer des coupes tomographiques dont les aspects rendent compte de certaines particularités qui correspondent à quelques caractéristiques macroscopiques de l'ovaire pathologique (33) .

Il est possible ainsi de différencier une tumeur solide d'une tumeur kystique, un kyste uniloculaire d'un kyste multiloculaire ou encore un kyste sans végétations d'un kyste papillaire. Elle peut suspecter l'existence d'une tumeur mixte ; de même, la présence d'une ascite peut aussi être reconnue.

La laparotomie reste finalement le dernier recours diagnostique.

B / Les problèmes diagnostiques particuliers posés par l'association tumeur de l'ovaire - grossesse.

La grossesse vient compliquer cette démarche diagnostique. Les signes d'appel sont peu ou pas modifiés, mais les examens prénataux découvrent parfois une tumeur fonctionnellement muette (50 % des cas pour TAWA (52)).

Tumeur non compliquée

1° Au cours du premier trimestre.

a) Tumeurs ovariennes pelviennes

Le volume modéré de ces tumeurs leur permet de se loger en totalité dans le pelvis. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet de distinguer la masse annexielle de l'utérus gravide.

La tumeur, souvent unilatérale, de consistance ferme, bien limitée, est séparée de l'utérus par un sillon. Les mouvements qui lui sont imprimés ne sont pas transmis à l'utérus et vice-versa. Le paramètre est souple, dépressible, et la douleur provoquée est discrète ou nulle.

L'enclavement dans le Douglas ou l'inclusion dans le ligament large fixent la tumeur.

Le diagnostic de cette masse pelvienne latéro-utérine n'est pas toujours facile en début de grossesse.

Il faut d'abord éliminer une lésion indépendante de l'ovaire: une grossesse extra-utérine non rompue, un fibrome pédiculé ramolli par l'inhibition gravidique, plus rarement une malformation utérine, une grossesse angulaire, une rétrodéviatiion fixée, un rein ectopique, et même un hydrosalpinx.

Le diagnostic est facilement établi par l'échographie (33), l'examen sous anesthésie générale et la coelioscopie. L'échographie montre d'une part l'image de l'utérus gravide et permet la mesure du sac ovulaire, d'autre part l'image de la tumeur ovarienne distincte de l'utérus.

b) tumeurs abdomino-pelviennes

L'important volume de certaines tumeurs entraîne leur expansion vers l'abdomen.

La voussure abdominale est excessive, sans rapport avec l'âge de la grossesse. La palpation révèle une masse arrondie, rénitente et mobile qui gêne la perception de l'utérus gravide. La percussion détermine une matité médiane à limite supérieure convexe. Le toucher vaginal atteint le pôle inférieur de la tumeur et précise le volume et la situation de l'utérus gravide.

Le piège diagnostique est d'ignorer la grossesse ou, à l'inverse, de prendre cette masse pour l'utérus contenant un oeuf plus âgé ou atteint d'hydramnios. Une manoeuvre intéressante peut faciliter le diagnostic : la position de Trendelenburg éloigne la tumeur ovarienne du pelvis et la spéare de l'utérus alors qu'une masse utérine serait peu déplacée.

Nous ne ferons que citer les confusions classiques avec une vessie de rétention, une ascite ou une tumeur rétro-péritonéale. Seule l'échographie peut aider au diagnostic avant la laparotomie.

2° Après le premier trimestre.

La perception des tumeurs ovariennes devient plus difficile au fur et à mesure que l'on se rapproche du terme de la grossesse.

a) Tumeurs pelviennes

Leur découverte est souvent fortuite mais l'attention peut être attirée, au voisinage du terme, par une présentation élevée ou déviée. Le toucher vaginal permet d'atteindre une masse occupant la

concavité sacrée ou un sinus sacro-iliaque. Le diagnostic peut se discuter avec :

- le fibrome utérin à point de départ cervical ou isthmique se développant dans le ligament large ou dans la concavité sacrée ;
- le rein pelvien de diagnostic clinique particulièrement malaisé.

b) Tumeurs abdominales

Les tumeurs ovariennes importantes n'échappent pas à l'examen. Elles sont retrouvées dans un hypochondre ou dans les flancs au contact de l'utérus refoulé latéralement.

Deux masses sont nettement reconnues : l'utérus peu mobile, parfois animé de contractions et, à son contact, la tumeur ovarienne habituellement mobile surtout dans le plan frontal. Une tumeur de volume modéré peut toutefois rester méconnue si elle ne s'est pas déjà signalée lors d'un examen précédent.

La confusion peut se faire avec un myome utérin ou une hydronéphrose.

Là encore l'échographie apporte une aide précieuse en permettant de visualiser d'une part l'utérus gravide, d'évaluer l'âge de la grossesse en mesurant le diamètre bipariétal, d'autre part la tumeur ovarienne.

3° Au début du travail.

Certaines tumeurs silencieuses jusque-là sont découvertes par l'examen clinique habituel ou après l'installation d'une dystocie inattendue.

Les tumeurs pelviennes constituent un obstacle permanent à l'évolution de la présentation. Elles déterminent une absence d'engagement ou de descente avec dystocie dynamique réactionnelle. Le

toucher vaginal retrouve facilement la masse pelvienne, comprimée par la présentation, souvent tendue et douloureuse.

Les tumeurs abdominales gênent peu le déroulement du travail, à moins que leur volume excessif ne déplace l'utérus et n'altère l'efficacité des contractions.

4° Dans les suites de couches immédiates.

Ce sont alors surtout les tumeurs abdominales qui sont dépistées. Le relâchement marqué de la sangle abdominale facilite leur perception. L'examen révèle deux masses mobiles : l'une, l'utérus, se déplace dans un plan frontal se prolongeant dans le pelvis, l'autre, la tumeur ovarienne, est libre dans toutes les directions.

Le diagnostic différentiel se pose surtout avec un fibrome utérin pédiculé.

Actuellement, l'erreur de diagnostic est rare grâce aux progrès des examens complémentaires, notamment de l'échographie comme nous l'avons déjà souligné plusieurs fois précédemment.

Les complications

Lorsque la tumeur est restée inconnue jusqu'à un stade avancé de la grossesse, elle peut se révéler brutalement par une complication aiguë : l'influence essentielle de la grossesse sur les tumeurs de l'ovaire est d'augmenter de façon importante le nombre de ces complications (19 % selon TAWA , 52).

1° La torsion.

C'est la complication la plus fréquente des tumeurs ovariennes chez la femme enceinte. Elle se produit surtout dans les suites de couches ou, comme nous l'avons déjà vu, au cours du premier trimestre. Elle concerne habituellement des tumeurs

abdominales de volume moyen, lourdes et pédiculées.

Deux tableaux peuvent se voir :

- la torsion aiguë avec douleurs abdominales brutales et signes de choc,
- la torsion subaiguë déterminant des crises douloureuses spontanément résolutive.

2° L'hémorragie intra-tumorale.

Accident le plus souvent secondaire à une torsion subaiguë dont il emprunte la symptomatologie.

3° La rupture.

Elle succède en général à un accident de torsion. Cette rupture tumorale spontanée s'annonce par une recrudescence des troubles après une période d'accalmie complète.

4° L'infection.

Complication rare au cours de la grossesse, mais beaucoup plus fréquente après un travail prolongé ou des manoeuvres obstétricales.

Que la tumeur soit ou non compliquée, la laparotomie reste indispensable. L'appréciation judicieuse des renseignements qu'elle fournit permet de décider des gestes thérapeutiques.

C / La laparotomie.

La décision opératoire est toujours lourde de conséquences. Le traumatisme chirurgical expose classiquement à l'interruption de grossesse (GUSTAVSON (23) rapporte trois avortements sur 42 interventions).

L'ovaire qui porte la tumeur peut aussi porter le corps jaune gravidique nécessaire au maintien de la gestation.

Il est admis que le corps jaune gravidique est nécessaire pendant les 10 à 12 premières semaines de la gestation. Une hormonothérapie post-opératoire permet éventuellement de pallier la carence liée à l'ovariectomie.

Le traumatisme opératoire risque par ailleurs de déclencher un avortement ou un accouchement prématuré. Actuellement, les utéro-relaxants puissants, appartenant au groupe pharmacologique des B-mimétiques, inhibent très efficacement ces contractions, de sorte que l'interruption de la grossesse n'est plus à redouter.

L'utilité de la laparotomie est indéniable par les précisions qu'elle apporte concernant l'aspect macroscopique de la tumeur, son unilatéralité ou sa bilatéralité et son extension péritonéale, lymphatique et utérine.

Cette approche diagnostique permet de définir différents stades.

D / La classification (LANSAC, 31).

1° Les stades définis par la F.I.G.O.

On distingue quatre stades dans l'extension :

- stade I A
 - ° tumeur unilatérale
 - ° pas d'ascite
- stade I B
 - ° atteinte des deux ovaires
 - ° pas d'ascite
- stade I C
 - ° un ou deux ovaires atteints
 - ° ascite : si la cytologie est positive

- stade II A
 - ° extension de la tumeur aux trompes ou à l'utérus
- stade II B
 - ° extension aux organes pelviens
- stade III
 - ° extension aux organes abdominaux
- stade IV
 - ° métastase extra-abdominales

2° Classification TNM

L'extension de la tumeur primitive de l'ovaire est indiquée par la lettre T. Cette lettre T désignant un volume trouvé à l'examen clinique, on désigne ici l'extension par T P tenant compte des découvertes opératoires.

- T P 1 : tumeur unilatérale mobile
- T P 2 : tumeur bilatérale mobile
- T P 3 : tumeur s'étendant à l'utérus et aux trompes
- T P 4 : tumeur s'étendant aux structures anatomiques avoisinantes.

Dans cette classification on ne tient pas compte de la présence éventuelle d'une ascite.

L'atteinte des ganglions est figurée par la lettre N. Ce n'est qu'au cours de l'intervention que l'on pourra étiqueter N x - les tumeurs sans atteinte ganglionnaire et N x + celles comportant une telle atteinte.

Les métastases sont indiquées par la lettre M :

- M 0 : pas de métastases à distance
- M 1 : existence de métastases
 - ° M 1 A : métastases dans le pelvis
 - ° M 1 B : métastases dans la cavité péritonéale
 - ° M 1 C : métastases au delà de la cavité péritonéale

3° Le grade de la tumeur

Il faut enfin citer, à l'instar des Américains (39) le grade ou degré de malignité histologique.

- Grade I : histologiquement bénin
- Grade II : épaissement modéré de l'épithélium
cellules atypiques peu nombreuses
perte de la polarité cellulaire
- Grade III : complexité marquée de l'épithélium
atypie cellulaire prononcée
- Grade IV : cellules anaplasiques groupées en lames.

Cette appréciation est difficile et comme le dit
Mme Yvette GODEFROY-VANDEVILLE (18) :

" l'étude de toutes les tumeurs malignes de
l'ovaire doit être réalisée sur de nombreux
prélèvements, effectués de façon systématique
sur divers points de la pièce opératoire".

IV - RELEVÉ DES CAS DE LA LITTÉRATURE

Nous les avons résumés en tableaux donnant, chaque fois que cela est possible :

- ° l'âge de la femme et la parité
- ° l'âge de la gestation
- ° l'extension de la tumeur
- ° le traitement du cancer
- ° le devenir de la grossesse
- ° l'anatomie pathologie et le devenir maternel.

N.B. - Le relevé bibliographique des auteurs parus avant 1963 se trouve dans l'article de JUBB (26).

TABLEAU I

Auteur	Age/parité	Découverte tumeur	extension tumeur	traitement tumeur	Grossesse	Anatom. - Patholog. /maternel
ZICKEL 1907	—/—	3e trim.	unilat.	ovariectomie	acc. normal	— / décès 3 mois ap.
KOSMAK 1914	—/—	1er trim.	unilat.	ovariectomie	avortement	— / bon
DANFORTH 1931	23/—	terme	unilat.	ovariectomie	césarienne	— / bon 18 mois apr.
GREENHILL 1931	33/3	1er trim.	unilat. métastase	hystérectomie	sur utérus gravide	— / —
SZATHMARY 1933	—/—	2e trim.	unilat.	ovariectomie	acc. normal	— / bon
" 193	—/—	P. P.	unilat.	hystérectomie +	acc. normal	— / bon
TRILLAT 1934	—/—	terme	unilat.	ovariectomie +	césarienne	— / bon
" 1934'	—/—	P. P.	unilat.	ovariectomie	acc. normal	— / décès
TRAUT 1940	—/—	2e trim.	unilat.	hystérectomie	sur utérus gravide	— / bon

TABLEAU II

Auteur	Age/parité	Découverte tumeur	Extension tumeur	Traitement tumeur	Grossesse	Anatom.- /Devenir patholog./ maternel
BOSSERT 1942	42/6	1er trim.	bilatérale métastase	hystérectomie radiothérapie	sur utérus graveide	— / bon 3 mois ap.
DARO 1947	24/2	2e trim.	unilatérale rompue	ovariectomie radiothérapie	mort in utero	— / —
HAMILTON 1947	30/0	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	— / bon 5 ans apr.
"	30/1	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	— / bon 5 ans apr.
"	28/1	terme	unilatérale adhérente	ovariect. bilatér. radiothérapie	acc. normal	— / décès 8mois ap
GUSTAFSON 1948	25/0	1er trim.	unilatérale	ovariectomie + hystérectomie	césarienne	— / bon 5 ans apr.
QUEHL 1949	30/0	3e trim.	bilatérale	ovariectomie + hystérectomie	césarienne	— / —
FREEETH 1949	40/1	3e trim.	bilatérale métastases	ovariectomie	césarienne	— / décès le lende- main de l'opér.
QUEHL 1950	30/1	3e trim.	bilatérale	hystérectomie	césarienne	cystadénocarcinome mucineux / —
AMICO 1955	20/1	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	— / bon 1 an après

TABLEAU III

Auteur	Age/parité	Découverte tumeur	Extension tumeur	Traitement tumeur	Grossesse	Anatomo-Pathol./De- venir maternel
BETSON 1955	36/0	1er trim.	unilatérale	ovariectomie + hystérectomie	césarienne	— / 3 ans après
" 1956	32/2	P.P.	unilatérale métastases	ovariectomie radiothérapie	acc. normal	— / 1 an plus tard
DAY 1956	37/2	2e trim.	unilatérale métastases	hystérectomie	extraite	— / survie 5 mois
BETSON 1957	37/0	terme	unilatérale métastases	ovariectomie bilatérale	acc. normal	— / décès 3 m 1/2 ap.
LAWRENCE 1957	20/—	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	césarienne	tumeur Krukenberg I / décès 2 semaines ap.
DAY 1958	41/—	2e trim.	bilatérale	hystérectomie	sur utérus gravide	tumeur Krukenberg I / décès 5 mois après
JONES 1959	26/0	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	cystadénocarcinome mucineux / bon 8 sem. après
MacDONALD 1960	26/1	1er trim.	unilatérale rompue	ovariectomie	acc. normal	— / bon 11 mois après

TABLEAU IV

Auteur	Age/parité	Découverte		Extension tumeur	Traitement tumeur	Devenir Grossesse	Anatom.-Pathol./ Devenir maternel
		tumeur	tumeur				
JUBB 1963	31/4	1er trim.	unilatérale rompue	ovariectomie	avortement	—/bon 15 ans après	
" "	30/0	3e trim.	unilatérale	ovariectomie	césarienne	—/bon 9 ans après	
" "	39/3	2e trim.	bilatérale	ovariectomie + hystérectomie	sur utérus gravide	—/bon 8 ans après	
" "	31/2	2e trim.	bilat. rompue métastases	hystérectomie	sur utérus gravide	—/ morte 1 an après	
" "	—/—	1er trim.	bilatérale rompue	ovariectomie bilatérale	avortement thérapeutique	—/ morte 13 mois apr.	
" "	22/1	3e trim.	unilatérale	ovariectomie	césarienne	—/ bon 7 ans après	
" "	37/3	P.P.	unilatérale rompue métastases	hystérectomie radiothérapie	acc. normal	—/bon 3 ans après	
" "	21/0	P.P.	unilatérale rompue	ovariectomie bilatérale	acc. normal	—/ bon 15 ans après	
" "	34/0	1er trim.	unilatérale rompue	ovariectomie bilatérale	acc. normal	—/ bon 2 ans + tard	
" "	22/0	P.P.	unilatérale	hystérectomie chimiothérapie	acc. normal	—/bon 18 mois après	

TAB^ALEAU V

Auteurs	Age/parité	Découverte tumeur	Extension tumeur	Traitement tumeur	Devenir grossesse	Anato.-Path./devenir maternel
WADE 1963	21/0	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	adénocarcinome mucineux / bon 1 an après
STANFORD 1964	39/—	P.P.	unilatérale	hystérectomie	acc. normal	adénocarcinome papillaire/décès 1 an après
GERNEZ 1964	26/1	1er trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	dysgerminome/—
CLOEREN 1965	25/—	2e trim.	—	hystérectomie radiothérapie	sur utérus gravide	dysgerminome / 15 ans de survie
" "	24/—	3e trim.	—	hystérectomie + radiothérapie	césarienne	seminome / décès 14 mois après
" "	23/—	3e trim.	—	hystérectomie	césarienne	tumeur de la granu- losa /décès 1 mois ap
" "	25/—	3e trim.	—	hystérectomie radiothérapie	césarienne	adénocarcinome mu- cineux/décès 4 ans ap.
" "	34/—	P.P.		hystérectomie radiothérapie	acc. normal	tératome / décès 2 mois apr.
" "	38/—	P.P.	bilatérale	hystérectomie radiothérapie	acc. normal	adénocarcinome muc- neux/décès 8 ans apr.
" "	46/—	1er trim.	unilatérale	hystérectomie	sur utérus gravide	adénocarcinome muc- neux / décès 1 mois ap

TABLEAU VI

Auteur	Age/parité	Découverte tumeur	Extension tumeur	Traitement tumeur	Devenir grossesse	Anat.Path./Devenir maternel
SOLAL 1966	- / 2	1 ^{er} trim.	unilatérale	hystérectomie	sur utérus gravide	dysgerminome / décès 8 mois apr.
CHOWDHURY 1967	- / -	1 ^{er} trim.	—	hystérectomie	sur utérus gravide	— / —
ACHARI 1967	- / -	2 ^e trim.	—	hystérectomie	sur utérus gravide	adénocarcinome / décès après l'opération
" "	- / -	3 ^e trim.	—	hystérectomie	césarienne	dysgerminome / décès post-opératoire
CHALNOT 1967	32/1	3 ^e trim.	unilatérale	hystérectomie	césarienne	sarcome / bon 2 mois apr.
STRANIERO 1967	23/2	2 ^e trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	adénocarcinome papil- laire / bon
" "	46/11	P.P.	bilatérale	hystérectomie radiot hérapie	acc. normal	adénocarcinome / bon 18 mois après
" "	36/2	P.P.	bilatérale métastase	hystérectomie radiothérapie	acc. normal	adénocarcinome séreux / bon 6 mois après
GILLIBRAND 1968	23/0	2 ^e trim.	unilatérale	ovariectomie	acc. normal	thécome / bon
VRETTOS 1969	31/0	3 ^e trim.	unilatérale	ovariectomie hystérectomie	acc. normal	adénocarcinome mu- cineux / bon
CREASMAN 1970	- / -	1 ^{er} trim.	unilatérale	ovariectomie	avortement	dysgerminome / bon 5 ans apr.

TABLEAU VII

Auteur	Age/parité	découverte tumeur	extension tumeur	traitement tumeur	devenir grossesse	Anat.-path./devenir maternel
CREASMAN 1970	— / —	3e trim.	unilatérale	hystérectomie radiothérapie	acc. normal	dysgerminome/décès 5 ans après
"	— / —	P.P.	unilatérale	hystérectomie radiothérapie	acc. normal	dysgerminome/décès 1 an après
"	— / —	P.P.	bilatérale métastase	radiothérapie	acc. normal	adénocarcinome/décès 5 ans après
"	— / —	2e trim.	bilatérale	ovariectomie radiothérapie	avortement	adénocarcinome/bon 5 ans après
"	— / —	3e trim.	unilatérale	hystérectomie radiothérapie	césarienne	adénocarcinome/bon 5 ans après
"	— / —	P.P.	unilatérale	radiothérapie	acc. normal	dysgerminome/décès 2 ans après
"	— / —	3e trim.	bilatérale métastases	hystérectomie radiothérapie	césarienne	adénocarcinome séveux/décès 2 ans ap
"	— / —	P.P.	bilatérale métastases	ovariectomie	acc. normal	adénocarcinome séveux/bon 5 ans apr.
"	— / —	2e trim.	unilatérale	hystérectomie radiothérapie	sur utérus grave	adénocarcinome mucineux/décès 2 ans apr.
"	— / —	2e trim.	bilatérale métastases	hystérectomie radiothérapie	sur utérus grave	adénocarcinome séveux/bon 5 ans apr.

TABEAU VIII

Auteur	Age/parité	découverte tumeur	extension tumeur	traitement tumeur	devenir grossesse	Anat. - path. / devenir maternel
CREASMAN 1970	— / —	3e trim.	unilatérale	hystérectomie radiothérapie	césarienne	dysgerminome / décès 1 an après
" "	— / —	P.P.	bilatérale métastases	ovariectomie chimiothérapie	acc. normal	adénocarcinome mu- cineux / décès 2 ans ap.
" "	— / —	3e trim.	bilatérale	hystérectomie radiothérapie	césarienne	adénocarcinome sér. / bon 5 ans après
" "	— / —	P.P.	unilatérale	ovariectomie chimiothérapie	acc. normal	tératome / décès 1 an après
GRAFF 1971	40/1	1er trim.	unilatérale	hystérectomie radiothérapie	sur utérus gravide	adénocarcinome papil- laire / bon 2 ans après
TRICOMI 1972	39/ —	2e trim.	unilatérale	hystérectomie chimiothérapie radiothérapie	sur utérus gravide	adénocarcinome sér. / bon 3 ans après
WHITE 1973	25/0	1er trim.	unilatérale	hystérectomie chimiothérapie radiothérapie	sur utérus gravide	adénocarcinome sér. / décès 7 ans après
" "	39/0	2e trim.	bilatérale	hystérectomie	césarienne	adénocarcinome sér. / décès 18 mois après
" "	39/5	3e trim.	bilatérale métastases	hystérectomie chimiothérapie radiothérapie	césarienne	adénocarcinome sér. / décès 18 mois après

V - OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION N° 1

Mme Z., seconde geste, née en 1947, consulte dans le service de gynécologie obstétrique le 15.01.72 en début de grossesse.

Mme Z. ne présente aucun antécédent pathologique. Elle a accouché en 1970 spontanément d'un garçon de 3,450 kg, en bonne santé.

Le 15.01.72, à l'examen, le volume utérin correspond à l'âge de la grossesse (D.R. le 30.11.71) ; est décelée aussi une tumeur abdomino-pelvienne, développée à gauche, mobile, rénitente, remontant jusqu'à l'ombilic.

Il n'existe aucun signe fonctionnel d'accompagnement. En raison du volume de la tumeur, l'indication opératoire est portée et Mme Z. est hospitalisée.

La laparotomie a lieu le 18.01.72.

Un kyste ovarien volumineux, de la taille d'un ballon de rugby, bien mobile, sans adhérence, est découvert.

Sa surface ne présente aucune végétation. La ponction de la tumeur retire 1 litre 1/2 de liquide séreux. Quelques bouquets de végétations endokystiques sont notés après affaissement du kyste.

Comme le corps jaune gravidique est porté par l'ovaire droit, une ovariectomie gauche est pratiquée. L'exploration de l'abdomen ne montre aucune lésion associée.

Les suites opératoires, sous le couvert d'antispasmodiques et de progestérone retard, sont simples.

Compte rendu anatomo-pathologique (Pr. GUILHEM) :

"Cysto-adénocarcinome papillaire végétant de l'ovaire. Les axes conjonctivo-vasculaires papillaires végétants sont revêtus par un épithélium stratifié de type séreux à noyaux dysplastiques. L'activité cynétique est nette."

La décision est prise, en fonction des constatations per-opératoires et du résultat de l'histologie, de laisser évoluer la grossesse. Celle-ci se déroule normalement, comme le prouvent des examens répétés à intervalle régulier.

Mme Z. accouche à terme le 31.08.72, spontanément, d'une fille de 3 690 grammes, criant aussitôt (Agpar 10/10).

L'examen gynécologique ne montre aucune masse abdominale ou pelvienne.

Le retour de couches a lieu le 13.10.72. Une surveillance coelioscopique est instituée.

Le 28.11.72, la coelioscopie découvre une petite tumeur latéro-utérine gauche. Une laparotomie de sécurité est effectuée.

L'examen anatomo-pathologique extemporané répond : "tissu musculaire, veines nombreuses et dilatées sans aucun aspect tumoral."

Le contrôle donne (Dr. RUMEAU, n° 018757) : "tissu fibro-musculaire hypervascularisé, d'aspect cicatriciel. Absence d'éléments épithéliaux normaux ou pathologiques."

Les suites opératoires sont simples et Mme Z. sort le 13.02.73.

Mme Z. est revue très régulièrement en 1974 : traitement d'une exocervicite, puis contraception endo-utérine.

Une nouvelle coelioscopie ne montre aucune anomalie le 28.01.1975. On propose une surveillance clinique et cytologique (culdocentèse).

OBSERVATION N° 2

Mme M., née en 1951, est vue en consultation en début de grossesse le 21.03.74.

1°) Les antécédents médicaux se résument à un mégadolichocolon, traité par le Dr. TOYE-LAZARIN.

Mme M. a par ailleurs été suivie pour un problème gynécologique à la consultation du service en août 1972. Elle consulte alors pour des douleurs pelviennes droites et des métrorragies. L'examen trouve un kyste de l'ovaire droit, de volume modéré, bien mobile et douloureux. Une biopsie de l'endomètre est pratiquée : "endomètre folliculaire hyperplasique en pleine activité proliférative. La surface de la muqueuse est papillaire et discrètement inflammatoire. Il n'y a pas de signe d'activité post-ovulatoire ni de lésion suspecte." (Dr. MOREAU, n° 09 486).

Une nouvelle consultation a lieu le 24.08.72. Le kyste est retrouvé. Les métrorragies se sont arrêtées. On prescrit un traitement anticonceptionnel et œstro-progestatif.

Mme M. ne sera pas revue jusqu'au 24.03.74.

2°) Elle est adressée par son médecin traitant le 24.03.74 pour des métrorragies compliquant une grossesse de 14 semaines (D.R. 14.12.73). Le volume utérin correspond à l'âge de la grossesse. Les pertes apparaissent en rapport avec une cervicite, les gonadotrophines sont à un taux normal, une échographie montre un sac ovarien dont le volume correspond à l'âge de la grossesse ; un traitement hormonal (association œstro-progestative retard) et antispasmodique (Isoxsuprine) est conseillé.

Les métrorragies ne se reproduisent pas et la grossesse régulièrement suivie dans le service est normale. On note l'existence d'oedèmes des membres inférieurs à la 24^è semaine, de quelques douleurs pelviennes mal systématisées à la 29^è semaine. Il existe tout au long de la grossesse une constipation qui va s'aggraver progressivement. Mais celle-ci, en raison des antécédents digestifs, n'attire guère l'attention.

3°) Au mois d'août 1974 les choses s'aggravent : Mme M. présente plusieurs crises de vomissement et un état anorectique. Quelques douleurs abdominales prédominant à droite sont étiquetées "contractions utérines" et la malade s'alite. Elle prend 5 kg en une semaine sans hypertension ni protéinurie. La prise de poids survient sur une courbe de croissance pondérale normale.

4°) Mme M. est hospitalisée le 06.09.74 à 37 semaines de grossesse. A l'examen d'entrée on note :

- * des oedèmes des membres inférieurs, volumineux, contrastant avec l'absence de gonflement des membres supérieurs et du visage (la famille a même noté un certain amaigrissement à ce niveau) ;
- * un abdomen très étalé donnant un signe du flot ;
- * le poids est de 63 kg (poids antérieur à la grossesse : 47 kg).

Sur le plan obstétrical l'utérus est souple, la hauteur utérine est) 31 cm, les B.C.F. sont bien perçus. Il s'agit d'une présentation céphalique en voie d'engagement ; le segment inférieur est bien formé ; le col est postérieur et fermé.

Une radiographie de présentation montre un squelette foetal correspondant à l'âge de la grossesse ; il existe un point de Beclar ; le foetus est en position normale ; les anses grêles sont noyées dans la grisaille de l'ascite.

Le diamètre bipariétal mesuré à l'échographie est égal à 90 mm, il n'y a pas d'excès de liquide amniotique. Mais l'examen ne s'attachera pas à explorer la cavité abdominale.

L'ascite est ponctionnée dans la soirée : on ramène 800 ml de liquide séro-hémorragique Rivalta positif. On pense à l'existence d'une tumeur ovarienne et Mme M. est mise en observation dans l'attente du résultat des analyses du liquide d'ascite.

L'état de Mme M. s'aggrave le 09.09.74.

* La diurèse peu abondante jusqu'alors devient pratiquement nulle.

* Un subictère apparaît.

* Les douleurs du flanc droit reprennent. Elles sont à irradiation hypogastrique et sont calmées par les antispasmodiques.

Les examens biologiques montrent :

* une anémie à 3 200 000 globules rouges ;

* l'existence d'un troisième secteur, avec hypoprotidémie (49 g/l) et hyperaldostéronisme secondaire ;

* une hyperbilirubinémie à 26 mg/l, la présence de sels et pigments biliaires dans les urines et un taux de L.D.H. à 1 028 U.I. ; les transaminases sont normales. L'électrophorèse des protides sanguins n'est pas modifiée. L'amylasémie est normale.

Notons que sur le plan foetal les dosages hormono-plasmatiques sont satisfaisants : oestriol = 2 800 ng/100 ml, H.P.L. = 7500 ng/ml.

L'examen cytologique du liquide d'ascite ne montre pas la présence de cellules malignes (Pr. RUMEAU - 017 209). On évoque la possibilité d'une atteinte hépatique d'origine infectieuse ou vasculaire (syndrome de Budd-Chiari). Un bilan d'hémostase très complet est normal.

On décide d'interrompre la grossesse par laparotomie.

5°) L'intervention est pratiquée le 10.09.74. Après médiane sous-ombilicale, on aspire 8 litres de liquide d'ascite. On extrait par hystérotomie segmentaire transversale une fille de 3 090 grammes, mesurant 45 cm et criant aussitôt (score d'Apgar 10/10).

L'exploration de l'abdomen, après hémostase provisoire, de la tranche d'hystérotomie montre :

- * une tumeur ovarienne droite très volumineuse, d'aspect encéphaloïde, adhérente de manière lâche au colon droit et remontant sous le foie ;

- * une coulée néoplasique latéro-colique droite remontant jusqu'au pôle inférieur du rein, descendant jusqu'au ligament rond et refoulant le coecum en dedans ;

- * un envahissement par de nombreux nodules confluents du grand épiploon ;

- * une formation néoplasique du Douglas, adhérente à l'isthme utérin et coudant le rectum ;

- * une carcinose péritonéale .

- * Il n'existe pas de nodules métastatiques palpables à la surface du foie.

- * On pratique successivement :

- l'ablation de la tumeur ovarienne droite
- une hystérectomie subtotale avec ovariectomie gauche
- une épiploectomie
- l'ablation de la coulée néoplasique latéro-colique droite et de la tumeur du Douglas. La tumeur est partout très friable et l'exérèse est quantitativement très satisfaisante.

L'intégrité des uretères est contrôlée avant la péritonisation et la fermeture pariétale.

L'examen anatomo-pathologique confirme le caractère macroscopique de la tumeur :

"Volumineuse tumeur blanchâtre, encéphaloïde, nécrotique et hémorragique, kystique par place, mesurant 20 cm x 10 x 5. Carcinose épiploïque associée.

" Tumeur maligne anaplasique massive comportant quelques images de Call et Exner, permettant d'évoquer le diagnostic de tumeur maligne de la granulosa. Cette tumeur a donné des métastases péritonéales, épiploïques, mais l'utérus et les annexes ne comportent pas de lésions néoplasiques (Dr. SORBARA, 017 312)."

L'examen anatomo-pathologique du placenta trouve un placenta normal et l'absence d'anomalie cellulaire maligne (Docteur SARRAMON).

6°) Les suites opératoires immédiates sont simples :

- * la diurèse reprend sous diurtétiques (Lasilix et Soludactone). L'hyperaldostéronisme met quelques jours à s'amender.

- * Les fonctions hépatiques se normalisent en quelques jours. Quatre transfusions sont pratiquées. Le poids de la malade le lendemain de l'intervention est de 45 kg.

Un bilan immunologique a été pratiqué le jour de la césarienne sur le sang de la mère et le sang du cordon. Les recherches d'antigène et d'anticorps Australia, d'anticorps antinucléaires sont négatives. Il existe par contre un taux important d'anticorps antimito-chondrines sur le sang maternel et sur le sang du cordon.

Cliniquement, l'état de la malade est satisfaisant ; le transit reprend le 3ème jour.

Les douleurs abdominales localisées au flanc gauche, à irradiation hypogastrique, reprennent. Une ascite réapparaît le 16.09. Mme M. est transférée au Centre Claudius Régaud dans le service du Pr. COMBES. L'état général de la malade s'aggrave. Plusieurs masses apparaissent dans les flancs gauche et droit. L'ascite devient importante. Il existe une hépatomégalie modérée.

Une scintigraphie hépatique au Technetium 99 montre le caractère hétérogène du foie et fait suspecter l'existence de métastases. Il n'y a pas au médullogramme de signe en faveur d'un envahissement.

7°) Une nouvelle lecture des lames est effectuée au Centre Claudius Régaud : "Tumeur maligne de l'ovaire d'origine germinale, dysembryoplasique, de type carcinome embryonnaire (Pr. DAVID, 04.10.74)."

"Tumeur unilatérale respectant le corps utérin, mais largement disséminée dans le petit bassin, en particulier au niveau de l'épiploon.

Tumeur très polymorphe mais dont les aspects prédominants correspondent) des amas ou des cordons cellulaires compacts se transformant progressivement à la périphérie en un tissu réticulé lâche reproduisant ainsi les structures du mésoblâste extra-embryonnaire. On y observe en outre exceptionnellement des ébauches de forme embryoïdes primitives et de très rares éléments de type trophoblastique dont la présence doit faire vérifier qu'il n'y a pas de remontée des gonatrophines depuis la césarienne.

Synonymes : tropho-mésoblastome (Masson)
 mésoblastome (Schiller)
 tumeur des sinus endodermiques (Teilum) ."

Une irradiation abdominale par bandes (Moving-Strip) est refusée. Une polychimiothérapie associant Metothrexate, Actinomycine et Oncovin est entreprise.

Celle-ci est mal supportée : il apparaît une aphtose buccale massive, une aplasie médullaire, un état infectieux secondaire et une insuffisance rénale fonctionnelle. Celle-ci est responsable d'un surdosage thérapeutique. Le traitement est interrompu. La cure sera reprise après contrôle de cet épisode, l'effet est spectaculaire : on assiste à la disparition totale de l'ascite, des différentes masses abdominales ; l'hépatomégalie persiste. Sur le plan général, la malade

reprend de l'activité, le gain de poids est de 3 kg. La chimiothérapie est terminée le 30.11.74.

8°) Mme M. est revue en consultation au Centre Claudius Régaud le 6 janvier 1975. On note la réapparition :

- * de nodules de perméation abdominaux ;
- * d'une volumineuse formation épigastrique souple, régulière, douloureuse spontanément et à la pression, de 6 x 2 x 4 cm env. ;
- * d'une masse tumorale de la fosse iliaque gauche ;
- * d'une autre masse tumorale sous-costale gauche ;
- * l'hépatomégalie ne s'est pas aggravée ; il n'y a pas d'ascite.

Une nouvelle cure de chimiothérapie est commencée le 10 janvier 1975. Au terme de celle-ci la masse épigastrique a presque complètement disparu, la formation de la fosse iliaque gauche et la masse sous-costale ont régressé très nettement. L'état général est satisfaisant. La malade pèse 40 kg. Le pronostic est réservé. Mme M. doit être revue en consultation au début du mois de mars.

Le développement somatique et neurologique de l'enfant est normal.

La relation de cette observation permet quelques commentaires :

- sur le plan diagnostique, la découverte de cette ascite monstrueuse avait fait évoquer d'emblée la possibilité d'un cancer ovarien. L'abondance de l'épanchement ne permettait pas de percevoir la masse tumorale. L'échographie faite en urgence pour apprécier le contenu utérin ne s'est malheureusement pas attardée) sonder la cavité abdominale.
- Sur le plan évolutif, la rapidité de croissance de la tumeur est importante, si l'on admet que le kyste perçu en 1972 était bien fonctionnel

et, bien que la terminaison de la gestation ne semble pas avoir freiné la prolifération tumorale, on peut se demander si l'imprégnation hormonale due à la grossesse n'est pas en partie responsable de cette rapidité.

- Enfin, cette observation illustre les difficultés du diagnostic anatomo-pathologique des cancers de l'ovaire.

* * *

VI - CONCLUSION

Au terme de cette étude, il nous faut essayer de définir une conduite à tenir. La découverte d'une tumeur ovarienne non fonctionnelle éloigne, en début de grossesse, une sanction chirurgicale. L'association tumeur de l'ovaire et grossesse complique l'application de cette règle.

1° La laparotomie

En 1960, M. LACOMME (30) était plutôt partisan, en présence d'un kyste ovarien, d'un attentisme armé.

Il ne conseillait en effet l'intervention chirurgicale que dans le cas de kystes compliqués et dans celui de tumeurs praevia survenant chez des femmes jeunes (cela afin de ne pas engager leur avenir obstétrical par une césarienne à terme). Il contraindiquait l'intervention avant 2 mois et demi - 3 mois "afin de ne pas risquer une ablation du corps jaune encore indispensable à cette époque". Il disait en outre qu'après le septième mois, les risques de complications inhérents au kyste étaient faibles, cependant que le risque de déclencher un accouchement prématuré était grand. Enfin, entre le 3ème et le 6ème mois, il n'était pas partisan de la laparotomie par crainte d'une interruption de la grossesse secondaire à l'agression opératoire, et par crainte d'une erreur de diagnostic. Il conseillait, à cette date, d'avertir la malade de la possibilité de complications et réservait l'intervention à ces complications.

Depuis 1960, plusieurs éléments permettent une attitude plus interventionniste.

- On sait que les sécrétions hormonales placentaires sont suffisantes dès la 10ème semaine d'aménorrhée pour suppléer la stéroïdogénèse ovarienne et les thérapeutiques hormonales substitutives ont souvent fait la preuve de leur efficacité.
- On dispose, avec les drogues à action β -mimétique, d'utéro-relaxants particulièrement actifs.
- Enfin, le diagnostic avant la laparotomie est grandement facilité par la coelioscopie et l'échographie : on ne risque plus par exemple de confondre un fibrome utérin pédiculé et un kyste ovarien.

On peut donc proposer une attitude plus nuancée et assez interventionniste.

- En tout début de grossesse, la coelioscopie permet la vision de la tumeur, d'un corps jaune gravitique ou bien une tumeur indépendante de celui-ci, et en préciser les caractères. L'intervention pourra, s'il s'agit d'une petite tumeur apparemment bénigne, être éventuellement reportée au 3ème ou au 4ème mois.
 - Après le 7ème mois, une intervention est actuellement possible. L'échographie, renouvelée au besoin, aide dans la décision opératoire : une tumeur hétérogène aux ultrasons, une tumeur volumineuse ou bilatérale conduiront à une laparotomie.
- Si l'indication est portée, elle ne sera entreprise qu'après un bilan soigneux de la maturité foetale (étude du liquide

amniotique), du rapport lécithines/sphingomyélines, du test de Clements, de la numération des cellules oranges, accessoirement du taux de la créatininémie. L'échographie participe d'ailleurs à ce bilan en permettant la mesure du diamètre bipariétal du fœtus.

Si la maturité est satisfaisante, on pourra si l'on a une mauvaise surprise opératoire, extraire par hystérotomie un enfant dont les chances de survie seront bonnes. Si elle n'est pas satisfaisante et si l'on craint une néoplasie, se posera le problème d'attendre pour intervenir que la maturité fœtale soit correcte.

Si l'intervention est différée, elle sera conduite dans le post-partum immédiat ou, selon le contexte obstétrical, au cours d'une opération césarienne.

Cette attitude est prudente, plus nuancée que la conduite à tenir proposée par JUBB (26) et par STRNIERO (51). Pour eux, toute tumeur dont le diamètre excède 5 cm doit être opérée, qu'elle soit kystique ou solide ; toute tumeur bilatérale doit l'être également. CREASMAN (13) est également partisan d'une laparotomie immédiate dès la découverte de la tumeur.

2° Le bilan per-opératoire

La laparotomie permet de découvrir la néoplasie. Le traitement va dépendre :

- de l'extension anatomique
- du type histologique de la tumeur
- du grade de la tumeur,

tous éléments dont dépend le pronostic (MUNNELL (39)).

Le type histologique de la tumeur et le grade de celle-ci peuvent être appréciés au cours de l'intervention grâce à une biopsie extemporanée. (Encore faut-il connaître la difficulté d'interprétation de cet examen.)

Le traitement sera parfois nuancé par l'âge de la patiente et par sa parité (JUBB, STRANIERO) : le jeune âge de la femme et son désir d'avoir d'autres enfants peuvent modifier les sacrifices imposés.

3° Le traitement chirurgical

Il dépend comme nous l'avons dit du degré d'envahissement abdominal, du type histologique et du grade de la tumeur.

- Pour une tumeur unilatérale, bien encapsulée, mobile, de stade I A , une ovariectomie unilatérale peut être suffisante . (JUBB, MUNNELL, CREASMAN, STRANIERO. Notre observation n° 1.)

- Dans les autres cas, on tend à pratiquer une hystérectomie totale sans conservation ovarienne et une épiploectomie. Cela implique, en début de grossesse, une hystérectomie sur utérus gravide.

En fin de grossesse après obtention de la maturité foetale, une césarienne suivie d'hystérectomie totale non conservatrice d'ovaires et une épiploectomie. Lorsque la maturité foetale est proche, il semble raisonnable, comme nous l'avons déjà dit, d'attendre celle-ci pour intervenir.

En pratique, on peut proposer les indications thérapeutiques suivantes :

- au stade I A :

- ° si la femme est jeune ou si l'on intervient en début de

grossesse, s'il s'agit d'un cystadénocarcinome mucineux, d'un séminome, d'une tumeur de la granulosa, on peut se contenter d'une ovariectomie simple. Une surveillance attentive, tout au long de la grossesse, puis après l'accouchement, s'impose.

° dans les autres cas, le choix dépend de la date de l'intervention au cours de la grossesse, de l'âge de la femme et du passé obstétrical.

- Au stade I B :

° la règle est de pratiquer une hystérectomie totale non conservatrice.

° dans des cas particuliers, une ovariectomie bilatérale laissant la grossesse évoluer peut être discutée.

- Au stade I C, II A et II B, l'hystérectomie totale est la règle.

- Au stade III, la chirurgie comporte l'interruption de la grossesse et une exérèse aussi large que possible des lésions tumorales.

Le traitement chirurgical sera ensuite complété par les agents physiques (radiothérapie pelvienne, irradiation abdominale selon la technique du "moving strip") et / ou la chimiothérapie.

Le choix judicieux de ces traitements impose une étroite collaboration entre le gynécologue obstétricien, l'anatomo-pathologiste et le cancérologue.

Vu et permis d'imprimer

Le President de l'Université Paul Sabatier

Toulouse le 3 MARS 1975

Signé: L. LARENG

Vu Le Président du Jury

Signé : M. MONROZIES

:--:--:--:--:--:

B I B L I O G R A P H I E

VII - BIBLIOGRAPHIE

- (1) ABELL (M.R.)
"The Nature and classification of ovarian Neoplasms", Canad.
Med. Ass. J., 1966, 94, 1102.
- (2) ALKEN (D.A.)
"Klukenberg et grossesse"
J. Obst. Gynaec. Brit. CWLTH 1966, 73, 321.
- (3) BERTOLI (P.E.)
"Cancers de l'ovaire et grossesse", Minerva Gynec. 1968, 20,
1763.
- (4) BINNATHURAY (T.A.)
"Tumeurs ovariennes et grossesses", Int. Surg. 1971, 55, 422.
- (5) BONNEVAT (N.)
"Sarcomes ovariens et grossesse", Bull. Féd. Soc. Gynec.
obst. franç. 1967, 19, 214.
- (6) BOSTOCK (J.)
"Cancer de l'ovaire et grossesse", Proc. R. soc. méd. 1974, 67,
13.
- (7) BUTTERY (B.W.)
"Cancer et grossesse", Med. Aust. 1973, 1, 345.
- (8) CADE-STANFORD
"Cancer in Pregnancy", J. Obst. Gynec. Brit. CWLTH 1964,
71, 341.
- (9) CHALNOT (P.)
"Tumeurs évolutives et grossesse", Bull. Féd. Soc. Gynéc.
obst. franç. 1967, 19, 148.
- (10) CHOWDHURY (N.N.)
"Ovarian Tumours complicating Pregnancy", J. Obst. Gynec.
India 1968, 18, 439.

- (11) CHUNG (A.)
Obst. Gynéc. 1973, 41, 211.
- (12) CLOEREN (S) and MALL HAETELI
"Essai sur le pronostic et le traitement des tumeurs malignes existant pendant la grossesse", Gynec. 1965, 159, 3.
- (13) CREASMAN (W.T.), RUTLEDGE (F.) and SMITH (P.)
"Carcinoma of the Ovary associated with Pregnancy", Obst. Gynec. 1971, 38, 111.
- (14) DECELLE (J.)
"Dysgerminome", Bull. Soc. Roy. Belg. Gynec. Obst. 1969, 39, 1.
- (15) ECHTERMEYER (H.)
"Tumeurs de l'ovaire et grossesse", ZBL Gynaec. 1964, 86, 444.
- (16) FALK (H.C.) and BUNKIN (I.A.)
"The management of ovarian Tumours complicating Pregnancy", Amer. J. Obst. Gynec. 1947, 54, 82 .
- (17) FUKUDA (E.)
"Grossesse compliquée par tumeur de l'ovaire", J. Japan. Obst. Gynec. Soc. 1963, 24, 385.
- (18) GELLE (P.), GODEFROY-VANDEVILLE (Y.), SWINGEDAUF (J.) et VERHAEGHE (M.)
"Les cancers primitifs de l'ovaire", Bull. Féd. Soc. Gynec.Obst. Franç. 1963, 15 , 98.
- (19) GERNEZ (L.)
"Seminome et grossesse", Bull. Féd. Gynéc. Obst. franç. 1964, 16, 53.
- (20) GILLIBRAND (P.N.)
"Granulosa Theca cell Tumours of the ovary associated with Pregnancy", Amer. J. Obst. Gynec. 1968, 94, 1108 .

- (21) GREENE (J.W.)
"Tératome de l'ovaire ; grossesse et anémie", J. Kentucky Med. assoc. 1964, 62, 450.
- (22) GRAFF (G.)
"Adenocarcinoma of the ovary complicated by ectopic Pregnancy"
Obst. Gynec. 1971, 37, 218.
- (23) GUSTAFSON (G.W.), GARDINER (S.H.) and STOUT (F.E.)
"Ovarian Tumors complicating Pregnancy", Amer. J. Obst. Gynec. 1954, 67, 1210.
- (24) HARDY (J.M.)
"Cancer de l'ovaire", Rev. Méd. (Paris), 1973, 5, 357.
- (25) HARDY (J.M.)
"Diagnostic des tumeurs de l'ovaire", Rev. Méd. (Paris), 1973, 4, 267.
- (26) JUBB (E.D.)
"Primary ovarian carcinoma in Pregnancy", Amér. J. Obst. Gynec. 1963, 85, 345.
- (27) KAMALA ACHARI
"Ovarian Tumours in Pregnancy", J. Obst. Gynec. India 1968, 18, 444.
- (28) KHALKIADAKIS (J.), GNAFAKIS (N.) and OECONOMOU (Th.)
"Cancer in Pregnancy", Galenos 1963, 5, 858.
- (29) KRTAJIC (V.)
"Carcinomes ovariens et grossesse", Lijec Vjesn 1970, 92, 587.
- (30) LACOMME (M.)
"Pratique obstétricale." Tome II, Masson édit. Paris, 1960.
- (31) LANSAC (J.)
"Les tumeurs malignes primitives non endocriniennes de l'ovaire". Revue. Franç. Gynéc. obst. 1973, 5 et 6.

- (32) LAWRENCE (W.D.), LARSON et M AUNGE
Obst. Gynéc. 1957, 10, 84.
- (33) LEVI (S.)
"Diagnostic par ultrasons en gynécologie obstétrique", Masson,
1972.
- (34) LE BOURG
"Cancer de l'ovaire et grossesse"
Bull. Féd. Soc. Gynec. Obst. France, 1971, 23, 532.
- (35) McKERRON (R.G.)
"Pregnancy, labor and childbirth with ovarian tumours",
Rebman, London, 1963.
- (36) MOMOSE (K.)
"Dysgerminoma in Pregnancy" , Sanfryinka Jissa 1971, 20, 1190.
- (37) MICHAUT (B.)
"Seminome et grossesse" , Bull. Soc. Chir. Paris 1966, 56, 96.
- (38) MURRAY (P.J.) and DAY
"Canad. Med. Ass. J. 1958, 78, 941.
- (39) MUNNELL (E.W.)
"Primary ovarian cancer associated with Pregnancy", Clin.
Obst. Gynec. 1963, 6 , 983.
- (40) Van ORDEN(D.E.), McALLISTER (W.B.), STANLEY (R.) and
ZERNE (M.)
"The Problems of staging and grading", Amer. J. Obst. Gynec.
1966, 94, 195.
- (41) O.M.S. 1973
Classification des cancers de l'ovaire
- (42) PARSON (L.)
Gynec. Philadelphia 1963, 732.

- (43) PEZZULO
"Arrhénoblastome" , Rass. int. clin. Ter. 1970, 48, 70.
- (44) RUCKES (J.) et STALLKAMP (B)
"Zur Morphology und Genese des Primaren ovarial carcinoids"
Frank. Zeit. Fur Path. 1967, 76, 235.
- (45) RUCKHABERLE (B.)
"Tumeurs de l'ovaire et grossesse", Zentral Blgynaek. 1972, 94,
1729.
- (46) SCHRODER (H.)
"Sarcome s et carcinomes avec grossesse", ZBL Gynaek. 1966,
88, 1047.
- (47) SMOLKIN(R.D.)
Primary carcinoma of pthe ovary coexisting with Pregnancy",
Harp. Hosp. Bull. 1965, 23, 121
- (48) SERMENT (H.), PLANA (L.) et GAUJOUX (J.)
"Tumeurs de l'ovaire et grossesse", 1971 F.M.C. obstétrique
- (49) SIGANOS (E.)
"Tumeurs de l'ovaire et grossesse", Bull. Soc. Roy. Belg.
Gynec. Obst. 1964, 34, 87.
- (50) SOLAL (R.), VELLAY (P.) et De BRUX (J.)
"Tumeurs de l'ovaire et grossesse", Bull. Féd. Gynec.Obst.
Franc. 1966, 18, 35.
- (51) STRANIERO (C.A.)
"Pregnancy complicated by Primary carcinoma of the ovary",
Harp. Hosp. Bull. 1967, 25, 143.
- (52) TAWA (K.)
"Ovarian Tumors in Pregnancy", Amer. J.Obst.Gynec. 1964
90, 511.

- (53) TRICOMI (V.), MINSUK CHAI, WALTMAN (R.)
"Abdominal Pregnancy associated with Ovarian carcinoma",
N.Y. Stat. J. Medecine 1972, 259.
- (54) TROISIER (S.) et SAOUT (R.)
"Diagnostic des tumeurs de l'ovaire", Vie méd. 1963, 44, 1015.
- (55) VRETTOS (A.S.), PAPAEVANGELOUS (D.I.) and MICHALAS (SP)
"Adenocarcinoma of the ovary complicating Pregnancy",
Int. Surg. 1969, 52, 41.
- (56) WADE (M.E.), JANOSKI (N.A.) and BYSSLIE (S.M.)
"Pseudomucinous cystadenocarcinoma associated with Pregnancy"
Amer. J. Obst. Gynec. 1963, 85, 919.
- (57) WHITE (K.C.), KEETH (C.)
"Ovarian Tumours in Pregnancy", Amer. J. Obst. Gynec. 1973,
116, 544.
-

